



INTEGRAL GILSA

GILSA S.R.L. para los afiliados de OSPOCE INTEGRAL

Cód. O.S. 406

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): OCTUBRE 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO:	OS:	Afiliado:	OBSERVACIONES
PLAN CEIBO ARRAYAN y DL	40%	60%	La cobertura será del 40%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel.
PLAN INTEGRAL/ MI 2000	40%	60%	La cobertura será del 40%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel.
PLAN CEDRO	50%	50%	La cobertura será del 50%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel.
PLAN ROBLE	50%	50%	La cobertura será del 50%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel.
PLAN ROBLE PMI	100%	—	La cobertura será del 100%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel, <u>siempre con previa Autorización.</u>
PMI (CEIBO y ARRAYAN)	100%	—	La cobertura será del 100%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel, <u>siempre con previa Autorización.</u>
PLAN PMOG	40%	60%	La cobertura será del 40%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel.
AUTORIZADOS 70% (PAT.CRONICAS)	70%	30%	<p>Prevía autorización, reconoce para este Plan, 70% de cobertura en los productos de venta bajo receta y con troquel, que figuren en el PMO, confeccionado según Resol. 310/04 y 758/04 de la S.S.S. y sus modificatorias.</p> <p>Las autorizaciones serán emitidas en un formulario de autorización oficial (ver modelo al pie) ya no requieren firma y sello ológrafo del auditor en la orden médica.</p> <p>Se deberá verificar que la fecha de prescripción que informa la autorización corresponda con la fecha de prescripción de la receta.</p> <p>Se deberá adjuntar dicha autorización a la receta para su facturación.</p>
PLAN AUTORIZADO	40%-50%-60%- 70%-80%-90%- 100%		<p>OSPOCE podrá autorizar, independientemente del recetario utilizado y en casos de excepción, productos excluidos del vademécum, mayores cantidades, distinta cobertura (40%-50%-60%-70%-80%-90%-100%), indicando en la autorización los productos, porcentaje y cantidad autorizada. La misma, puede estar en original en la receta o bien en la copia de la receta, la que se deberá presentar junto a la receta original.</p> <p>Las autorizaciones serán emitidas en un formulario de autorización oficial (ver modelo al pie) ya no requieren firma y sello ológrafo del auditor en la orden médica.</p> <p>Se deberá verificar que la fecha de prescripción que informa la autorización corresponda con la fecha de prescripción de la receta.</p> <p>Se deberá adjuntar dicha autorización a la receta para su facturación.</p>



Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: 2 (DOS) de distinto principio activo.

Para el plan "Patologías Crónicas" 3 (tres) de distinto principio activo.

UNIDADES POR TAMAÑO: 1 (un) sólo envase grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal.

UNIDADES POR RENGLÓN: Lo necesario para cubrir la prescripción (dosis/día).

Antibióticos inyectables: En envase individual: 5 – Multidosis: 1

RECETARIOS ACEPTADOS (para todos los planes)

Recetario particular: se podrán aceptar recetas de la "Agremiación Médica": Prescriptas en manuscrito donde la firma y sello del médico serán siempre originales.

DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Diagnóstico, la falta del mismo será motivo de débito.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

Recetas prescriptas en formato digital de la plataforma "RCTA" (Modelo al pie de la Norma), cumpliendo con los requisitos dispuestos por la ley 27.553, los que siempre deberán contener obligatoriamente el "código de barras" o el "código de traza", donde el sello y la firma del profesional prescriptor también estarán en formato digitalizado (**Siempre el afiliado deberá entregar en la Farmacia la receta impresa**).

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.
- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento de Afiliado: Al momento de validar, la Farmacia deberá ingresar en el campo N° de Afiliado los 8 dígitos de la credencial del Afiliado más los 2 dígitos posteriores a la barra, sin ingresar la Barra, siendo siempre de 10 dígitos.

Ej: 04318712/00 (Credencial) – 0431871200 (Ingreso en el Validador)

En los casos de asociaciones de principio activo/genérico se reconocerán siempre que alguno de los principios activos de su composición se encuentre en el vademécum, el producto figure en el Manual Farmacéutico y el envase tenga troquel.

AUTORIZACIONES: Las autorizaciones serán emitidas en un formulario de autorización oficial (ver modelo al pie) ya no requieren firma y sello ológrafo del auditor en la orden médica.

Se deberá verificar que la fecha de prescripción que informa la autorización corresponda con la fecha de



prescripción de la receta.

Se deberá adjuntar dicha autorización a la receta para su facturación.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo
- Adheridos con goma de pegar o cinta transparente (no utilizar abrochadora debido a que dificultan la lectura del código de barras).
- Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando, DNI y domicilio.

Para la facturación: La receta se debe encontrar siempre valorizada, aunque se acompañe del comprobante de validación.

MODELOS DE RECETARIOS

Modelo de Receta Electrónica –Plataforma RCTA

8230000083852 5773002

Federico Pau
CLINICA MEDICA
Matricula 1

Paciente: _____ Sexo: Masculino
DNI: _____
OS: _____
PLAN: / Nº Credencial: _____

Rp: _____

Diagnóstico: _____

Esta receta fue creada por un emisor inscripto en el Registro de Recetarios Electrónicos implementado por el Ministerio de Salud de la Nación.

Dr. Federico Pau
Especialista en Clínica Médica

FIRMA Y SELLO

Especialista en Clínica Médica
Federico Pau

MODELO DE AUTORIZACION

GLISA S.R.L.
Calle 52 y 11 Nro. 796 La Plata
Tel: 02214232613 Fax:
8:30 a 19:30 hs Lunes a Viernes

Nro Autorización: 1.334.056 Fecha: 07/07/2025 Cod Control: R/2JMK318G7

PRESTADOR SOLICITANTE
Nombre: agremiacion medica parense
Domicilio: _____ Telefono: _____
Localidad: _____ Cod Post: _____

DATOS DEL AFILIADO
Nro Cred: 18.269.23960 Plan: Arroyán Domicilio: 19.300.230
Nombre: SEGURA, CARLOS GERERINO - Cond IVA: EXENTO Edad: 58

Diagnóstico: Dolipam FECHA DE PRESCRIPCION 07/07/2025

PRÁCTICAS AUTORIZADAS

PRÁCTICAS AUTORIZADAS	CANT	CODIGO
PENOFERRATO MICRONIZADO RICHET 300 mg caps x 30 - 70% JULIO - FECHA DE PRESCRIPCION PLATONAS	2	58045

Sujeto a auditoría médica posterior de INTEGRAL

PRÁCTICAS NO AUTORIZADAS	Solicitado	Rechazado	CODIGO	OBSERVACIÓN

EFECTOR AUTORIZADO
Nombre: colegio de farmaceuticos de pba, bs.as
Domicilio: _____
Localidad: _____

Firma y sello del efector: _____ Fecha de realización: _____ Firma del beneficiario: _____

La presente autorización vence a los 30 días de la prescripción médica

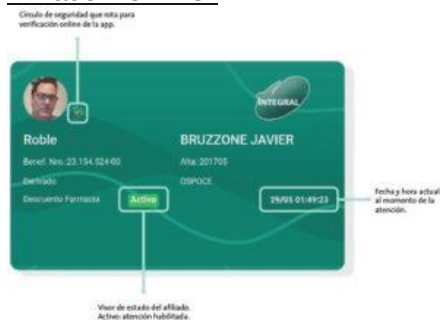
Observaciones: _____



MODELOS DE CREDENCIALES

En la misma podrá identificar el estado del Afiliado para proceder con la dispensa, ya que en el campo “Descuento Farmacia” se verá si el Afiliado está Activo o Inactivo, según muestran las imágenes a continuación:

Afiliado ACTIVO:



Afiliado INACTIVO:



RESUMEN

Planilla: Carátula On Line
Cantidad: Una
Presentación: mensual

CUIT

30-65430356-4

CTRL F: para buscar palabra clave.

WEB: WWW.COLFARMA.ORG.AR /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:
mail: ayudaonline@colfarma.org.ar / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648